

частыми диспепсическими симптомами у женщин I группы были изжога (54,3%), отрыжка воздухом после приема пищи (49,6%), дискомфорт после приема пищи (42,1%), тошнота (35,2%) и запоры (27,5%). Реже встречались рвота (10,8%). У женщин II группы гастроэнтерологические жалобы встречались гораздо реже и лидировали отрыжка (11,2%) и изжога (8,1%). Рвоты не было ни у одной из НР – негативных женщин.

Выводы:

1. Наличие инфекции *Helicobacter pylori* оказывает негативное влияние на течение беременности, заметно

повышая риск развития раннего токсикоза и частоту диспепсических симптомов, которые ранее объяснялись желудочно-пищеводным рефлюксом и давлением увеличенной матки на нижнюю часть толстой кишки, характерных для беременности.

2. Своевременное обследование женщин на НР в период планирования беременности с последующей эрадикацией возбудителя могут предотвратить развитие токсикоза и диспепсического симптомокомплекса и повысить качество жизни беременных женщин.

Статистическая модель учета язвенной болезни с использованием компьютерных технологий.

*Нурсултанова С.Д., Кулмагамбетов И.Р., Алиханова К.А.
КГМУ, г. Караганда.*

Цель работы: оптимизация статистических данных язвенной болезни с использованием компьютерных технологий.

Материалы и методы: разработана прикладная программа с использованием информационных технологий сбора, хранения и обработки данных о больных с социально-значимыми заболеваниями терапевтического профиля, в том числе с язвенной болезнью (ЯБ).

Согласно принципам медицинской информатики, каждый тип данных, поступающий в компьютерную систему, должен соответствовать определенному стандарту представления информации и последующего кодирования. Построена единая структура клинического диагноза ЯБ для создания специализированной компьютерной базы данных на основе клинической классификации и МКБ-10:

1. нозологическая форма (согласно МКБ-10);
2. этиология;
3. стадии;
4. морфологический субстрат заболевания;
- 4.1. виды язвы;
- 4.2. размеры язвы;
- 4.3. локализация (язвы желудка, язвы ДПК);
- 4.5. клиническая форма;
5. уровень желудочной секреции;
6. характер течения болезни;
7. фаза болезни;
8. осложнения.
9. Конкурирующее заболевание.
10. Сочетанное заболевание.
11. Сопутствующие заболевания.

На основе представленной структуры диагноза пользо-

вателю предоставляется алгоритм построения и оформления развернутого клинического диагноза ЯБ.

В результате использования разработанной программы учета ЯБ согласно клинико-статистической классификации, за три месяца в гастроэнтерологическом отделении пролечено 38 больных: 31,6 % с язвой желудка; 68,4% с язвой ЛДПК., что соответствовало официальным статистическим данным по отделению, согласно МКБ-10. Структурирование клинического диагноза позволило получить дополнительные статистические данные, например: впервые выявленная язва отмечалась в 44,7% случаев; рецидивирующее течение ЯБ с редкими обострениями – 31,6%; рецидивирующее течение ЯБ с ежегодными обострениями – 23,7%; большие язвы – 23,7%; рубцовая деформация желудка – 25%; рубцовая деформация ЛДПК – 34,6%; реактивный панкреатит – 73,7%; в 55,3% случаев ЯБ сочеталась с гастроэзофагорефлюксной болезнью (ГЭРБ).

Закключение. Единая структура клинического диагноза с использованием компьютерных технологий на основе клинико-статистической классификации позволяет создать базу данных с учетом всех компонентов развернутого клинического диагноза. Эти данные нужны для оптимизации статистических данных, а также для обоснованного и конкретного планирования необходимого объема специализированной помощи больным как в поликлинических, так и в стационарных условиях, их лекарственного обеспечения, решения вопросов хирургической и социальной реабилитации и многих других проблем, которые ставит перед нами данная патология.

Результаты этапной реабилитации больных постхолецистэктомическим синдромом

*Омаркулов Б.К., Алиханова К.А., Лохвицкий С.В., Кудрина Л.Н., Азиканова М.К.
Карагандинский государственный медицинский университет, г. Караганда*

Реабилитация – одна из самых актуальных и сложных проблем клинической медицины, здравоохранения и социальной помощи. Объясняется это большим количеством заболеваний с крайне тяжелыми последствиями, приводящими к инвалидизации. Ранняя медицинская реабилитация должна начинаться с момента постановки диагноза заболевания, а при хирургической патологии после успешного завершения оперативного вмешательства. Она проводится в процессе лечения, как в стационарах, так и в поликлинических условиях [Коробов М.В., 2001]. Медицинскую реабилитацию больных постхолецистэктомическим синдромом (ПХЭС), следует проводить непосредственно по окончании хирургического вмешательства,

с целью ликвидации послеоперационных синдромов, для более полного восстановления здоровья больных, функциональной деятельности органов пищеварительной системы, нейрогуморальной регуляции, скорейшего восстановления трудоспособности и ранней профилактики ПХЭС [Могиливец Э.В., 2006]. Цель работы: оценка эффективности этапной реабилитации в зависимости от вида холецистэктомии и реабилитационного потенциала (РП) больных ПХЭС через 12 месяцев и 3 года. Результаты: В зависимости от преобладания клинического синдрома ПХЭС разработана индивидуальная программа реабилитации, включающая: диетотерапию, внутренний прием минеральных вод, физиотерапию, ЛФК и медикаментозную терапию.

По результатам динамического наблюдения, через 12 мес. в процессе реабилитационно-восстановительного лечения у больных после традиционной холецистэктомии (ТХЭ) высокий уровень РП определен у 23 (30,3%), средний уровень РП – у 41 (53,9%), низкий – у 12 (15,8%). Среди больных, оперированных лапароскопической холецистэктомией (ЛХЭ) у 78 (55,4%) определен высокий уровень РП, у 59 (41,8%) – средний РП и низкий РП – у 4 (2,8%). У 41 (53,9%) больных, перенесших ТХЭ, со средним уровнем РП в процессе наблюдения преобладали болевой абдоминальный и диспепсический синдромы, у 5 (6,6%) выявлен хронический панкреатит средней и тяжелой степени. У 12 (8,5%) больных, перенесших ЛХЭ выявлена дисфункция сфинктера Одди билиарного и панкреатического типов. У 5 (6,6%) пациентов, перенесших ТХЭ, с низким РП в течение этого периода развились тяжелые формы ПХЭС, сочетание функциональных и органических типов ПХЭС (дисфункция сфинктера Одди, панкреатического типа+холедохолитиаз+рубцовые изменения внепеченочных желчных протоков; дисфункция сфинктера Одди, билиарного типа+хронический панкреатит+эрозивный гастродуоденит и др.). Оценка эффективности этапной реабилитации через 3 года показала, что в группе больных, перенесших ТХЭ, низкий РП составил 7,9%, а в группе,

больных перенесших ЛХЭ, этот показатель составил 1,4%, что свидетельствует об уменьшении количества больных с низким РП по сравнению с первым годом и доказывает рациональность проведенных реабилитационных мероприятий. Количество больных с высоким РП как в 1, так и во 2 исследуемой группах увеличилось и составило 38,2% и 32,6%, соответственно. Низкий РП, в основном, выявляется у тех, кто не получал комплексное этапное восстановительное лечение. По результатам трехлетнего динамического наблюдения в группе больных, перенесших ЛХЭ, с хорошими отдаленными результатами было 78 (55,3%), с удовлетворительными – 59 (41,8%); с неудовлетворительными отдаленными результатами – 4 (2,9%) больных. В группе больных, перенесших ТХЭ, хорошие результаты выявлены в 23 (30,2%) случаях; удовлетворительные в 41 (54%) случаях и лица с неудовлетворительными результатами составили 12 (15,8%) больных. Таким образом, изучение отдаленных результатов проводимой ранней послеоперационной реабилитации показало, что более половины больных (63%), в течение 3-5 лет после операции не предъявляли никаких жалоб и чувствовали себя практически здоровыми, тогда как среди лиц, не получавших такого лечения, чувствовали себя хорошо лишь 21%.

Ведение больных хроническим панкреатитом в поликлинических условиях

Омарова Г.С., Болигуб А.Б., Сыздыкова У.Х., Асанова К.А., Ахунова Г.К., Скоробогатова Н.А., Игольников Е.Ф.,

Абильмажинова Г.Т., Жакупова З.Ж.,

КГКП «Поликлиника» №1, КГКП «Поликлиника» №2,

КГКП «Поликлиника» №4 г. Караганды, КГКП «Поликлиника» №3 г. Костанай

Актуальность. Хронический панкреатит (ХП) - воспалительный процесс в поджелудочной железе, характеризующийся очаговыми некрозами в сочетании с диффузным или сегментарным фиброзом и развитием различной степени выраженности функциональной недостаточности, который прогрессирует даже после прекращения воздействия этиологических факторов. [Григорьев П.Я., 2004]. Заболеваемость хроническим панкреатитом составляет 4-8 случаев на 100 000 населения в год, его распространенность в Европе составляет 0,25%. Летальность в среднем составляет в мире 11,9%. Эпидемиологические, клинические и патологоанатомические исследования свидетельствуют о том, что за последние 30 лет в мире отмечен двукратный рост числа больных острым и хроническим панкреатитом, это связывают с ростом алкоголизма, учащением заболеваний области большого дуоденального сосочка [Ивашкин В.Т., 2008].

Цель работы: изучение вопросов медикаментозной терапии хронических панкреатитов в зависимости от течения на амбулаторно-поликлиническом этапе.

Материалы и методы исследования: проанализированы амбулаторные карты 75 больных с хроническим панкреатитом, состоящих на диспансерном учете в поликлиниках №1,2,4 г. Караганды и поликлиники №3 г. Костанай в возрасте от 29 лет до 77 лет, из них женщины – 23 (30,7%), мужчины – 52 (69,3%), пролеченных в условиях дневного стационара (Приказ и.о. МЗ РК №798 от 26.11.2009 г.). Оценивались данные клинических, лабораторных, рентгенологических, эндоскопических, ультразвуковых методов исследования.

Результаты: Этиологическими факторами хронического панкреатита явились: алкоголь у 46 (61,4%) человек, заболевания желчного пузыря и желчных путей – 25 (33,3%), и другие (инфекции -3 (4%), травмы – 1 (1,3%)). Больные с

преобладанием болевого синдрома составили – 24 (32%), с преобладанием синдрома внешнесекреторной недостаточности – 39 (52%), с сочетанием этих синдромов – 12 (16%). Основной задачей лечения ХП является снижение внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы (ПЖ). Этот принцип сохранялся не только в период обострения, но и в период ремиссии заболевания, что позволило снизить частоту и тяжесть рецидивов заболевания. В фазе обострения ХП: назначали диету с резким ограничением жира, органических кислот, молока, четырехразовое питание; медикаментозная терапия: креон -1 капсула в начале и 1 капсула в конце каждого приема пищи 4 раза в день; ранитидин- 150 мг 2 раза в сутки; для купирования болевого синдрома - спазмоанальгетики, а при их неэффективности - ненаркотические анальгетики в обычных терапевтических дозах. После купирования болевого синдрома, через 7-10 дней, расширение диеты; проведение заместительную терапии ферментами (креон -1-2 капсулы в завтрак, обед и ужин, для повышения эффективности заместительной терапии ферментными препаратами сочетали с приемом ранитидина. Проводили деконтаминацию тонкой кишки с использованием кишечных антисептиков: интетрикс 1 капсула 4 раза в день 5 дней, возможно назначение антацидов через 1-1,5 часа после еды и на ночь. В период ремиссии рекомендовали соблюдение диеты, исключение алкоголя; использование ферментных препаратов (Креона) при наличии внешнесекреторной недостаточности ПЖ - постоянно, при ее отсутствии - по требованию.

Выводы. Таким образом, строгое соблюдение диеты (90%), отказ от употребления алкоголя (65%), своевременная и адекватная поддерживающая терапия (87%) позволило уменьшить выраженность клинических синдромов и частоту обострений хронического панкреатита.